

## Déclaration de maladie / d'accident / de grossesse / d'accouchement - PARTIE I

### Déclaration de l'assuré

Pour quelle police souhaitez-vous faire une déclaration ?	Vos données de dossier (à remplir par Vivium)
<input type="radio"/> Police individuelle n° _____ <input type="radio"/> Assurance de groupe n° 530/ _____ / _____	Numéro de sinistre : _____ Nos références : _____

Assuré	
Nom: _____	Prénom: _____
Sexe : <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin Date de naissance __ / __ / ____	
Rue : _____	Numéro : _____ Boîte : _____
Code postal : _____	Localité : _____
Numéro de téléphone / GSM : _____	E-mail* : _____
Statut : <input type="radio"/> Indépendant(e) <input type="radio"/> Salarié(e) - Nom de l'employeur : _____	
Profession : _____	
Description des tâches : _____	
N° de compte assuré : _____	IBAN _____ BIC _____
<b>Ne compléter que s'il s'agit d'une police individuelle</b>	
N° de compte preneur d'assurance : _____	IBAN _____ BIC _____
E-mail preneur d'assurance : _____	

\* Ne sera utilisé qu'aux fins des communications dans le cadre du traitement du sinistre et ne sera pas partagé avec des tiers.

● Maladie
Quand avez-vous perçu les symptômes de l'affection pour la première fois et quels sont ces symptômes ? _____ _____ _____
Souffrez-vous ou avez-vous souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à votre état de santé actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Si oui, lesquels ? _____ _____
Pouvez-vous bénéficier d'une ou de plusieurs autres assurances similaires ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Si oui, quels assureurs, polices et montants ? _____ _____

● Grossesse et accouchement
Date présumée de l'accouchement __ / __ / ____
Y a-t-il des complications ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <b>Si non, la partie 2 'Certificat médical' ne doit PAS être complétée</b>
Période de repos d'accouchement du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ inclus Date de l'accouchement __ / __ / ____

● Congé d'adoption OU ● Congé pour parents adoptifs

De \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ inclus

La partie 2 ne doit PAS être complétée.

● Accident

Nature de l'accident :  Accident (sur le chemin) du travail  Accident de la vie privée

Date, heure et lieu de l'accident \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, lieu \_\_\_\_\_

Description détaillée de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lésions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorité judiciaire qui a dressé le procès-verbal (PV), éventuellement numéro du PV : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du responsable éventuel, sa compagnie d'assurances et son numéro de police : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pouvez-vous bénéficier d'une ou de plusieurs autres assurances similaires ?  Non  Oui

Si oui, quels assureurs, polices et montants ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Informations relatives à la protection des données

*En sa qualité de Responsable du traitement, P&V Assurances sc, dont le siège social se situe à 1210 Bruxelles, rue Royale 151, collectera et traitera les données à caractère personnel nécessaires à l'établissement et à la gestion de la police, ainsi qu'au traitement d'un sinistre. Ces données sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire.*

*Ce traitement de données s'effectue conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de la vie privée et en particulier le Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la Directive 95/46/CE (RGPD).*

*Nous demandons votre consentement explicite pour le traitement des données relatives à votre santé. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Le cas échéant, vous déclarez être informé que P&V peut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à toute demande impliquant le traitement de données relatives à la santé.*

*Vous trouverez de plus amples informations concernant le traitement des données dans les conditions générales de votre assurance de groupe. Vous pouvez consulter notre politique générale de confidentialité sur [www.vivium.be/fr/privacy](http://www.vivium.be/fr/privacy).*

*Les plaintes éventuelles peuvent être déposées auprès de l'Autorité de protection des données, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, [authority@apd-gba.be](mailto:authority@apd-gba.be).*

Informations sur l'accompagnement pendant le programme de rétablissement pour travailleurs ayant une assurance de groupe

*Parce que la reprise d'activité peut parfois s'avérer compliquée, le soutien supplémentaire d'un expert externe indépendant peut avoir un effet positif sur votre processus de récupération et de retour au travail. Dans cette optique, Vivium a mis en place une collaboration avec divers partenaires spécialisés dans ce genre de programmes d'accompagnement.*

*Sur base des éléments de votre dossier, Vivium détermine si vous pouvez bénéficier de ce programme et vous met ensuite en relation avec l'un de ces partenaires externes pour vous assister pendant votre période de rétablissement, grâce à un accompagnement personnalisé et individuel. Cette offre gratuite et sans aucune obligation, est prioritairement centrée sur des affections dues au stress, comme le burn-out. Si ci-dessous, vous donnez votre autorisation pour partager vos coordonnées avec ce partenaire, vous serez d'abord contacté(e) par téléphone et vous pourrez encore décider librement de bénéficier ou non de cette assistance complémentaire.*

*Pour plus d'informations, voir <https://monassurancegroupe.vivium.be/fr/trajet-d-accompagnement>*

Oui, vous pouvez transmettre mes coordonnées à un expert indépendant externe. J'ai le droit d'arrêter le programme d'accompagnement à tout moment. Les partenaires externes garantissent une stricte confidentialité et le respect du secret professionnel.

Non, mes coordonnées ne doivent pas être transmises.

**En signant ce document, vous acceptez pour vous-même et pour les personnes que vous représentez ou qui vous représentent que P&V Assurances sc traite vos données relatives à la santé. Vous veillerez à en informer toutes les personnes concernées. Ce traitement est nécessaire à l'évaluation des risques, ainsi qu'à la gestion des contrats et des sinistres en question.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'assuré,

## Déclaration de maladie / d'accident / de grossesse / d'accouchement - PARTIE 2

### Certificat médical (à compléter par le médecin)

(La partie 2 n'est PAS requise en cas de grossesse ou d'accouchement sans complications)

#### Personne pour laquelle la déclaration a lieu

Nom et prénom :

#### ● Diagnostic en cas de maladie/grossesse avec complications

Diagnostic (précis et complet) :

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ?  Non  Oui - Si oui, laquelle ?

La personne concernée souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ?  Non  Oui - Si oui, lesquels ?

#### ● Diagnostic en cas d'accident

Description détaillée des lésions :

Selon vous, les lésions ont-elles un rapport de cause à effet avec l'accident ?  Non  Oui

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ?  Non  Oui - Si oui, laquelle ?

La personne concernée souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ?  Non  Oui - Si oui, lesquels ?

## Incapacité de travail

Date de prise d'effet de l'incapacité de travail \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Durée présumée de l'incapacité de travail :

La période d'incapacité de travail prescrite temporairement :

- totale du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_ inclus

- partielle du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_ inclus - à \_\_\_\_%

A quelle date pensez-vous que la personne concernée sera en état de reprendre ses activités ? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Si le travail a déjà repris, date \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Hospitalisation

Nom et adresse de l'hôpital :

Motif d'admission :

Date d'admission \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Date de sortie \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fait à

le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature du médecin traitant + cachet,